



سازمان اسناد و کتابخانه ملی
جمهوری اسلامی ایران



دانشگاه علوم پزشکی اردبیل

دانشکده پزشکی



پایان نامه:

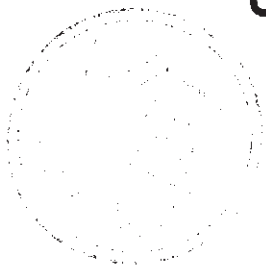
جهت دریافت درجه دکترای پزشکی

عنوان:

**بررسی سیکل شبانه روزی در سندرم حاد کرونری
در بیماران بستری در بیمارستان بوعلی**

استاد راهنما: دکتر سید هاشم سزاوار سیدی

متخصص قلب و عروق



نگارش: وجیهه اسماعیلی ساری

دانشجوی رشته پزشکی ورودی ۷۲ دانشگاه علوم پزشکی اردبیل

سال تحصیلی: ۷۹-۱۳۷۸ شماره پایان نامه: ۰۰۵

تقدیم به استاد اندیشمند و فرزانه ام:

جناب آقای دکتر سید هاشم سزاوار سیدی

که آنچه در توان داشتند، دریغ نورزیدند.



تقدیم به پدر و مادر عزیزم:

که همواره یار و یاورم بودند و غایت امیدم.

فهرست مطالب

صفحه

عنوان

فصل اول

۱	چکیده Abstract
۳	مقدمه
۴	پاتولوژی
۷	پاتوفیزیولوژی
۱۱	فاکتورهای مستعد کننده
۱۴	تشخیص های افتراقی
۱۶	معاینات فیزیکی
۲۱	یافته های آزمایشگاهی
۲۵	Non Q, Q Wave انفارکتوس موج
۲۶	Ischemic at Distant
۲۶	Imaging
۲۸	تعریف Definition
۳۰	پاتوفیزیولوژی
۳۳	یافته های بالینی و آزمایشگاهی
۳۵	دیگر تست های آزمایشگاهی
۳۷	سنتی گرافی تالیوم
۳۸	درمان Treatment



فصل دوم

۴۱	ریتیم شبانه روزی در ایسکمی میوکارد
۴۲	ارزیابی پترن سیرکادین در این مطالعه
۴۴	سیرکادین ریتیم و demand
۴۴	سیرکادین ریتیم و supply
۴۶	ملاحظات درمانی
۴۶	ملاحظات ویژه
۵۰	برنامه ریزی رژیم دارویی

فصل سوم

۵۲	بررسی و مطالعه بیماران
۵۲	Method & Material روش بررسی
۵۴	روش انجام کار
۵۴	نتایج Result
۶۱	بحث Discussion
۶۶	منابع

فصل اول

کلیات



● چکیده Abstract

آنچه که در این بررسی مورد مطالعه قرار گرفته توجه به وجود یا فقدان سیرکادین ریتم در سندرم حاد کرونری در بیماران بستری شده در بیمارستان بوعلی می‌باشد.

پایان نامه حاضر مشتمل بر ۳ قسمت عمده می‌باشد:

قسمت اول برگزیده‌ای از مطالب رفرانس مربوط به آخرین چاپ این کتب آورده شده تا نمائی نسبتاً جامع از سندرم حاد کرونری ارائه شود.

قسمت دوم گزیده‌ای از مقالات ارائه شده در خصوص سیرکادین ریتم در سندرم حاد کرونری بصورت اجمالی عنوان شده تا مقایسه‌ای بین نتایج حاصله در این پایان نامه و مقالات مربوطه صورت گیرد.

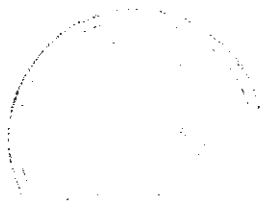
قسمت سوم شامل ارائه نتایج حاصل از بررسی بر روی ۴۱۳ بیمار باتشخیص سندرم حاد کرونری که از تاریخ ۷۸/۳/۱ لغایت ۷۸/۹/۳۰ در بیمارستان بوعلی بستری و تحت درمان بودند می‌باشد.

روش بررسی Cross - Sectional و بالینی بوده، اطلاعات جمع‌آوری شده با سیستم Epi - info version 0.6 پردازش شده و نمودارها در سیستم Harvard Graphic for win 98 طراحی و ترسیم شده‌اند.

بررسی سیرکادین ریتم در بیماران فوق با توجه به شرایط متفاوت زندگی از نظر فرهنگی - اجتماعی و اقتصادی در کشور ما به نظر ضروری می‌رسد با توجه به اینکه این طرح تاکنون در کشور ما و در منطقه ما مورد بررسی قرار نگرفته بود. در این تحقیق به سایر پارامترها از جمله نسبت سنی، جنسی وجود ریسک فاکتورها و ارتباط آنها با سیرکادین ریتم همچنین تفاوت ریتم شبانه‌روزی در ماه مبارک رمضان (با توجه به تغییر الگوی خواب و بیداری) و سایر ماهها نیز توجه شده است.

برای سهولت کار سیکل شبانه‌روزی به اینتروالهای ۶ ساعته تقسیم بندی شده، محدوده سنی افراد مورد مطالعه ۱۰۰-۲۷ سال و متوسط سنی ۶۱ سال بوده بیشترین افراد مورد مطالعه را جنس

مذکر (۶۲/۷٪) تشکیل داده. بیشترین میزان فراوانی وقوع U/A و Q Wave MI در اینتروال چهارم یعنی ساعت ۱۸-۲۴ بوده که آمار متفاوتی نسبت به مقالات ارائه شده بدست آمده، این تفاوت آماری به چندین دلیل می‌تواند باشد که در قسمتهای بعدی به تفصیل شرح داده شده است. همچنین تفاوت چندانی در سیرکادین ریتم در ماه مبارک رمضان نسبت به سایر ماهها و نیز در خصوص ریسک فاکتوری دیده نشد. بهر حال بررسی سیکل شبانه‌روزی در کشور ما شاید نیاز به تحقیقات وسیعتر در حجم گسترده‌تری از بیماران داشته باشد و در صورت متفاوت بودن آن با پترن کشورهای غربی نحوه درمان متفاوتی را برای بیماران ما طلب کند.



مقدمه

علیرغم پیشرفتهای قابل توجهی که در تشخیص و درمان AMI از ۳ دهه قبل تاکنون شده باز هم بعنوان یکی از بزرگترین معضل سلامت در جهان صنعتی بشمار می‌رود. در USA هر ۲۰ ثانیه یک بیمار از AMI رنج می‌برد. سالانه بیش از یک میلیون بیمار با احتمال AMI در CCU بستری می‌شود و فقط ۳۰-۵۰٪ از بیماران تشخیص قطعی داده می‌شوند.

اگر چه میزان مرگ و میر ناشی از AMI کاهش یافته اما باز هم بعنوان یک بیماری کشنده از ۱/۳ بیماران تلقی می‌شود. حدود ۵۰٪ از مرگ و میر همراه با AMI در حدود یک ساعت اول پس از رخ می‌دهد که ناشی از آریتمی‌ها می‌باشد و شایعترین آن VF است.

کاهش در میزان مورتالیتی ناشی از AMI بعلت کاهش در انسیدانس و بجای آن یک افزایش در میزان بروز U/A می‌باشد.

اگر چه Survival بیماران مسن (بیش از ۶۵ سال) بدنبال MI بطور قابل توجهی بهبود یافته ولی سالخوردگی یکی از فاکتورهای اساسی در تعیین مورتالیتی بیماران می‌باشد.

علیرغم تلاش در جهت استفاده از داروهای کاهنده مورتالیتی مثل ترومبولیتیکها، آسپرین، B بلاکر در این بیماران این داروها بخصوص در بیماران مسن چندان مورد استفاده قرار نمی‌گیرد اگر چه از آنتاگونیستهای کلسیم استفاده بیشتری می‌شود.

این تفاوتها در الگوهای درمانی بیماران نه تنها در سطح بین المللی بلکه در بین متخصصان نیز دیده می‌شود که ناشی از اختلالات حاصل از نتایج پس از AMI می‌باشد.

این تفاوتها در زیرگروه خاصی از جمعیت نظیر زنان و سپاهان نیز دیده می‌شود. استفاده از ترومبولیتیکها و کاترئیزاسیون قلبی و آنژیوپلاستی در زنان کمتر از مردان می‌باشد و مورتالیتی نیز در آنها بیشتر است.